



胃息肉之簡介

許至昇¹ 方信智²



前言

隨著國人對自身健康的重視以及麻醉內視鏡檢查的引進，上消化道內視鏡(esophagogastroduodenoscopy，以下簡稱胃鏡)逐漸取代傳統的上消化道攝影(upper gastrointestinal series)，受檢人數有逐年增加及年輕化之趨勢，使得不符合原檢查適應症之意外發現增加，例如胃息肉。雖然大部份的胃息肉為良性變化且沒有症狀，但因為某些種類的胃息肉之胃癌發生風險較高，需要執行切片或息肉切除、治療合併疾病及持續追蹤，或是因為與基因缺陷有關，可能合併其它器官之惡性腫瘤，有必要加以鑑別診斷^[1]，因此在此文中作一初步探討。

流行病學

台灣某研究顯示胃息肉在健檢接受胃鏡檢者之盛行率約10%^[2]。胃息肉約有1/4為多發性病灶，女性之胃息肉盛行率

1 汐止國泰綜合醫院 家庭醫學科

2 國泰綜合醫院 家庭醫學科

關鍵詞：gastric polyp, esophagogastroduodenoscopy

通訊作者：許至昇

大致相當或略高於男性；在各年齡層均可能發現，但約2/3發現於60歲以上。組織病理以底腺息肉(fundic gland polyp或Elster's glandular cyst)或增生性息肉(hyperplastic polyp)最常見，約占7-9成。美國一大型研究發現胃息肉盛行率約6.4%，其中約2%合併胃癌，約2/3個案為底腺息肉，其次為增生性息肉，此外，腺瘤樣息肉(adenomatous polyp)及發炎性類纖維樣息肉(inflammatory fibroid polyp, IFP)均低於1%。希臘的研究發現胃息肉盛行率約1.2%，其中3/4為增生性息肉；顯示不同年齡層、性別、地區種族、或疾病史可能影響胃息肉之盛行率，例如底腺息肉在不同研究族群中盛行率為5-77%，增生性息肉為17-75%而腺瘤樣息肉為0.7-10%，有相當差異^[3,4]。

臨床表現

絕大多數的胃息肉沒有症狀且是內視鏡或影像檢查之意外發現，較大的息肉可能出現潰瘍性變化、出血或合併發炎造成續發性貧血或腹痛，或因間歇性胃出口阻塞造成噁心嘔吐或易飽等症狀^[5]。

除非因黑斑息肉症候群(Peutz-Jeghers



Syndrome, PJS)合併口唇及指端色素沉著、胃息肉合併症相關之腹部理學檢查異常、或類癌瘤(carcinoid tumor)之內分泌或腫瘤轉移等特質引發之症狀，否則大部份的胃息肉少有臨床表癥^[1]。

胃息肉之分類及比較

以下就各種較常見或重要之胃息肉來加以介紹：

1. 底腺息肉

底腺息肉極常見，盛行率以中老年人較高，其中女性略高於男性，胃幽門桿菌感染流行地區相對較低，但較常處方氫離子幫浦抑制劑(proton pump inhibitor, PPI)之地區則較高。此種息肉多以直徑<1公分的小息肉，於胃體及胃底部零星(sporadic)分佈。

除了少數底腺息肉與家族性大腸息肉症(familial adenomatous polyposis, FAP)具相關性，絕大多數的底腺息肉除了推測可能與PPI的長期使用有關外，並不清楚誘發原因也認為沒有惡性傾向^[6]；若息肉分佈於整個胃體部，或病理切片發現局部分化不良(dysplasia)現象，表示有伴隨FAP之可能性，應建議個案接受大腸鏡檢查。

2. 增生性息肉

增生性息肉極常見，兩性間盛行性相當或女性略高，中老年人高於年輕人，

在胃幽門桿菌感染流行區通常較易發現。此種息肉常以無柄或有柄性膨出病灶來表現，直徑很少超過2公分，約有1/5為多發性病灶，其中約有6成發生於胃竇或胃體底部。增生型息肉之誘發原因可能與黏膜受損後的過度復生有關，常見於幽門桿菌感染、慢性胃炎、潰瘍或糜爛病灶附近、胃腸吻合部位或慢性胃食道逆流患者。

研究顯示約2成的增生性息肉患者可能有胃黏膜分化不良現象，其中胃癌發生率介0.5-7.1%，因此雖然對於是否對所有的增生性息肉均採行息肉切除術仍有爭議，但若直徑>0.5公分時應該切除，同時對每個息肉或不同解剖位置之可疑病灶均採取足量之組織檢體，來評估病理及幽門桿菌感染狀況；8成以上的息肉在撲殺幽門桿菌之後會縮小，因此若有感染應處方滅菌藥物，此外若有萎縮性胃炎或胃食道逆流等也應予治療^[6]。有研究顯示約有6%之增生性息肉可在診斷時或其它時間(metachronous)發生胃腺癌，因此在確診後，需要持續追蹤檢查。

3. 腺瘤樣息肉

此種息肉又稱為腺瘤，盛行率在良性上皮細胞性息肉中僅次於底腺或增生性息肉；兩性間盛行率相當，中老年人高於年輕人，誘發原因可能與慢性胃炎或FAP有關。此種息肉可能以扁平、有柄或無柄之息肉樣隆起出現於胃竇處，但也可能分佈於胃體或賁門部，偶爾可發現直徑達15公分之巨大腺瘤。世界衛生組織



(WHO)定義胃腺瘤樣息肉為胃癌之前驅性變化，病理學可以發現細胞呈現管狀或絨毛狀(乳突狀)排列，當其中一種結構分佈比例達80%時，則將腺瘤分類為管狀或絨毛狀腺瘤，否則分類為混合性腺瘤。

腺瘤樣息肉之發生與幽門桿菌感染或萎縮性胃炎等慢性胃炎有關聯性，且萎縮性胃炎、細胞分化不良嚴重度或絨毛狀組成比例與未來胃癌發生風險也呈正相關，其它惡性傾向的危險因子還包括高齡、息肉大小等。管狀腺瘤約有5%，但管狀絨毛狀腺瘤轉變成胃癌之風險可高達40%，因此目前建議儘量完整切除腺瘤，同時詳細檢查胃竇及胃體部，對其它可疑之粘膜處也需執行病理切片檢查，同時評估是否有幽門桿菌感染，若有感染應處方滅菌藥物，此外若有萎縮性胃炎也應給予治療。

合併高度分化不良之腺瘤高於4成會合併胃癌，因此細胞分化不良之腺瘤若無法完整摘除，應於6個月內追蹤胃鏡或轉介至外科執行手術切除；此外腺瘤的復發率可高達5%，建議於一年內複檢胃鏡，同時評估幽門桿菌是否被根除。台灣近年來胃癌標準化癌症發生比(standardized incidence ratios)降至每10/10萬人口左右，並非高發生率地區，因此隨後之追蹤期間可依個人風險度調整，不需每半年或每年追蹤^[4]。

4. 缺陷瘤息肉

缺陷瘤息肉是一種過度增殖之成熟細胞以凌亂無規則方式組成之良性腫瘤，通常為單一、直徑< 2公分之胃息肉，若伴隨幼年型息肉(juvenile polyp)、PJS及Cowden氏症候群等而發生時，雖然罕見但多數為多發性且終生癌症發生風險較高，在診斷後需要持續追蹤。以下依分類加以說明^[1]：

(1) 幼年型息肉

又稱為滯留性息肉(retention polyp)，多在胃竇被發現，如果為缺陷瘤或發炎組成之單一息肉並無癌化之傾向，但若息肉扭轉可能造成基質出血、表面潰瘍或慢性發炎等變化。

若為多發性息肉之幼年型息肉症(juvenile polyposis)，終生癌症發生風險高於50%，建議個案自18歲起每3年追蹤胃鏡檢查。

(2) PJS

為罕見的自體顯性遺傳疾病，除了多發性胃腸道缺陷瘤樣息肉以外，在口唇、頰粘膜及指端也會有色素沉著。

PJS可藉由STK11/LKB1基因變異所造成之缺陷瘤-腺瘤-腺癌演變順序(hamartoma-adenoma-carcinoma sequence)或原發性(de novo)惡性變化，增加癌症發生風險達15倍；因為PJS胃息肉極易復發，建議個案每1-2年追蹤胃鏡檢查，若發現5個以上的息肉需對所有息肉施以切片檢查，大於1cm之息肉需完整切除。在腸胃道外癌症，應對乳癌、子宮內膜癌、



胰臟癌及肺癌等相關好發癌症，建議每年持續接受篩檢。

(3) Cowden氏症候群

又稱多發性缺陷瘤症候群，為一種罕見的自體顯性遺傳疾病。臨床表現包括口腔黏膜缺陷瘤、腸胃道息肉、及乳房(如纖維囊腫變化或男性女乳症)、甲狀腺(腺瘤、甲狀腺腫)或生殖泌尿道等之異常。雖然個案之胃息肉很少轉變成惡性，不過要建議個案對可能合併發生之胃腸道外癌症，包括甲狀腺、腸道、生殖泌尿道、血癌或乳癌等持續接受篩檢。

5. 發炎性類纖維樣息肉

此種胃腸道黏膜下腫瘤約有7成發現於胃部，好發於中老年人，女性略多於男性，在不同研究中盛行率最高為4.5%；胃鏡下常可見合併潰瘍發生之有柄或無柄息肉病灶，近8成發生於胃竇，且直徑多接近1公分。

IFP發生的致病機轉不明，推測可能與局部之發炎及過敏之共同刺激有關，因此被認為不具有癌化傾向；IFP可以保持不變並沒有什麼症狀，較大的息肉則可能造成胃部阻塞或潰瘍等發生。一旦懷疑為IFP，傳統的切片夾通常無法取得足夠深度的檢體，因此完整切除息肉是唯一正確診斷及治療的方法。

6. 類癌瘤

又稱為神經內分泌瘤(neuroendocrine

tumor)，外觀多呈廣基性無柄、外緣平滑之息肉樣結節，常見於胃體部但也可能分佈於胃竇。臨床上根據腫瘤細胞來源、分化度、組織侵襲之深度或範圍、肝臟或淋巴結轉移或臨床症狀等，有不同分類方式；若依組織來源可分成4類：第1型(與萎縮性胃炎有關，約佔7-8成)，第2型(與胃泌素瘤有關)，第3型(沒有上述兩誘因，約佔1-2成)，及第4型(分化不良)⁷¹。

胃鏡檢查時除了可根據一些特徵推估類癌瘤的類型外，可同時執行病理切片或息肉切除，例如第3型常以單一直徑>2公分之腫瘤發現於中高齡男性間；若結合內視鏡超音波(endoscopic ultrasound, EUS)檢查則有增加對胃黏膜受侵犯深度以及淋巴結轉移之評估等優點。臨床表癥由沒有症狀，至出現腹痛、噁心等非特異性表現，或潰瘍性出血；第3型或第4型經常合併組織胺過度分泌，進而引發包括低血壓、水腫、全身性潮紅、支氣管收縮或流淚等症狀之非典型類癌瘤症候群⁸¹。

惡性傾向受腫瘤細胞核特徵、腫瘤大小、細胞增殖率或轉移性等影響，第1型或第2型類癌瘤，若直徑小於1公分、數目少於5顆且不具侵襲性時，在初次或複檢評估時仍可由內視鏡息肉切除術治療，其它的第1型或2型類癌瘤則建議接受外科手術；第3型常合併肝臟或淋巴結轉移被歸類於惡性，建議轉介至外科接受根治手術及症狀藥物治療，第4型因具高度惡性傾向除外科手術外，可能需要合併化學療法。



7. 胃腸道基質瘤(gastrointestinal stromal tumor, GIST)

發生率不高但為胃腸道最常見的間葉(mesenchymal)腫瘤，約6-7成發生在胃部的胃竇或胃體，男性與女性盛行率約3:1，好發40-60歲間。GIST常源自固有肌層(muscularis propria)，有些為多發性且可增長到10公分以上，明顯增長時可能引發出血、阻塞、壞死或胃腸道穿孔等合併症。

約3成的GIST為惡性腫瘤，但無法根據診斷時腫瘤大小來區分。GIST最常見的轉移部位為肝臟，電腦斷層、MRI或正子造影等可用以評估遠端轉移、輔助鑑別診斷或評估治療效果，若懷疑惡性時可能還需以血管攝影評估血管增生程度。一旦診斷確立，應優先考慮以手術完全切除病灶，或以減積(debulking)手術合併酪氨酸激酶抑制劑(tyrosine kinase inhibitor)之輔助性治療。

結語

原則上所有胃鏡檢查時發現的的息肉，無論是否呈平滑結節或分葉狀外觀，都應該執行切片檢查或息肉切除^[6]。直徑達1公分之息肉或懷疑為腺瘤樣息肉時，原則上應該完整切除，無柄息肉則建議以內視鏡黏膜切除術增加切除完整度，如果無法完整切除或息肉過多時，至少要針對較大的息肉取得足量之病理檢體化驗；如果懷疑為增生性息肉時，應同時評估是否

有幽門桿菌感染，並在不同解剖部份執行切片檢查^[4]。

對於與胃癌發生有關的息肉，即使在切除後仍要建議個案持續追蹤胃鏡檢查，如果是未有分化不良病灶或腺瘤樣息肉時，應在切除後1年再次追蹤胃鏡，如果複檢未發現復發或分化異常病灶時，應在3至5年間再次追蹤胃鏡；對於曾有胃黏膜或息肉分化不良或惡性變化發現之個案，在治療後要根據病情及臨床指引規劃追蹤時程。對於其它無分化異常或無惡性傾向之息肉，如果已經充分切片採樣或完整切除，原則上沒有強調需要追蹤胃鏡檢查^[6]。

對於未曾接受胃鏡檢查之FAP患者，可以建議在30歲左右接受第一次檢查，如果沒有異常發現，可以5年的間隔持續追蹤胃鏡檢查，如果有異常發現，則根據病理檢查結果考量追蹤時程。

參考資料

1. Goddard AF, Badreldin R, Pritchard DM, Walker MM, Warren B: The management of gastric polyps. *Gut* 2010;59:1270-6.
2. 鍾玉衡、李侑珊、陳泰成、林幸慧：胃息肉：大腸息肉之一危險因子。台灣家醫誌 2012; 22: 177-86。
3. Carmack SW, Genta RM, Schuler CM, Saboorian MH: The current spectrum of gastric polyps: a 1-year national study of over 120,000 patients. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1524-32.
4. Mahachai V, Graham DY, Odze RD: Gastric polyps. *UpToDate*, 2012. (Accessed 2013/10/18, at <http://www.uptodate.com/contents/gastric>



- polyps)
5. Park do Y, Lauwers GY: Gastric polyps: classification and management. Arch Pathol Lab Med 2008;132:633-40.
 6. Hirota WK, Zuckerman MJ, Adler DG, et al: ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. Gastrointestinal endoscopy 2006;63:570-80.
 7. Papageorgiou G, Lolis E: Gastric and duodenal carcinoid tumours. Prevalence, tumour biology, diagnosis and surgical therapy. Hellenic J Surgery 2011;83:4-11.
 8. Kolby L, Nilsson O, Ahlman H: Gastroduodenal endocrine tumours. Scand J Surg. 2004;93:317-23.
 9. Rubesin SE, Levine MS, Laufer I: Double-contrast upper gastrointestinal radiography: a pattern approach for diseases of the stomach. Radiology 2008;246:33-48.

本會會員、準會員限定！

去(102)年度過期「家庭醫學與基層醫療」歡迎索閱

本學會出版之「家庭醫學與基層醫療」尚有少許第二十八卷各期過期存書，歡迎會員及準會員來函索閱。

過期庫存：第二十八卷第1~12期（庫存數量不一）

索取期限：即日起至103年3月20日，索完為止

索取方法：限書函索閱。來函請註明「索取過期存書」，並附以下資料，寄至：10046台北市懷寧街92號4樓，台灣家庭醫學醫學會 收

(1)會員編號及姓名

(2)欲索取之期別及數量

(3)郵票（應付郵資請參閱下表）

索閱本數	1本	2-3本	4-6本	7-12本	11-12本
應附郵資(票)	7元	10元	20元	35元	55元